

# RHINOPLASTIE COSMÉTIQUE EN MILIEU MILITAIRE

## ASPECTS MÉDICO - PSYCHOLOGIQUES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 30 Octobre 1964*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Alain MUTIN**

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 7 Mai 1938, à CHABLIS (Yonne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

1964



# RHINOPLASTIE COSMÉTIQUE EN MILIEU MILITAIRE

## ASPECTS MÉDICO - PSYCHOLOGIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 30 Octobre 1964*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Alain MUTIN**

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 7 Mai 1938, à CHABLIS (Yonne)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

1964

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

## PERSONNEL DE LA FACULTE

|                         |                                             |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| Doyens Honoraires ..... | M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.         |
| Doyen .....             | M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut. |
| Assesseurs .....        | M. J.-F. CIER.                              |
|                         | MM. M. LEVRAT et L. REVOL.                  |

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON.

## PROFESSEURS

|                                                                |                               |                                                                  |                |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique urologique .....                                      | MM. CIBERT.                   | Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique .....      | MM. CREYSSEL.  |
| Physique biologique .....                                      | PONTHUS<br>(dét. à Beyrouth). | Clinique carcinologique ..                                       | DARGENT.       |
| Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale .....          | DECHAUME.                     | Anatomie pathologique ..                                         | GUICHARD.      |
| Chimie organique et toxicologie .....                          | CHAMBON.                      | Pathologie générale et expérimentale .....                       | GIRARD Paul.   |
| Clinique chirurgicale P ..                                     | WERTHEIMER.                   | Anatomie .....                                                   | LATARJET.      |
| Clinique médicale B ....                                       | PAUPERT-RAVAULT.              | Pathologie chirurgicale ..                                       | PEYCELON.      |
| Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires ....                | FROMENT                       | Clinique médicale D ....                                         | GIRARD Marcel. |
| Clinique médicale C ....                                       | CROIZAT.                      | Pathologie médicale ....                                         | VACHON.        |
| Chimie biologique et médicale .....                            | ENSELME.                      | Physio-pathologie des voies respiratoires .....                  | GALY.          |
| Clinique chirurgicale A ..                                     | MALLET-GUY.                   | Radiologie .....                                                 | PAPILLON.      |
| Pharmacie galénique ....                                       | REVOL.                        | Clinique médicale infantile et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge .  | JEUNE.         |
| Clinique obstétricale ....                                     | PIGEAUD.                      | Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale ..... | GONIN.         |
| Médecine du travail ....                                       | BOURRET.                      | Bactériologie .....                                              | MONNET.        |
| Clinique médicale A ....                                       | LEVRAT.                       | Physiologie et pathologie obstétricales .....                    | BANSSILLON.    |
| Hygiène et action sanitaire et sociale .....                   | SOHIER.                       | Physiologie B .....                                              | CHATONNET.     |
| Botanique et cryptogamie .                                     | NETIEN.                       | Clinique endocrinologique .                                      | GUINET.        |
| Clinique chirurgicale C ..                                     | BERTRAND.                     | Clinique de chirurgie orthopédique .....                         | TRILLAT        |
| Chimie analytique pharmaceutique .....                         | BADINAND.                     | Clinique stomatologique .                                        | FREIDEL.       |
| Pharmacie chimique et pharmacologie .....                      | DREVON.                       | Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .               | MARION         |
| Médecine légale et déontologie .....                           | ROCHE.                        | Matière médicale et législation pharmaceutique .                 | Josep          |
| Parasitologie et pathologie exotique .....                     | COUDERT.                      | Histologie et embryologie .                                      | DORCHE.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie ..... | MOUNIER-KUHN.                 | Chimie .....                                                     | DUMONT Louis   |
| Clinique ophtalmologique .                                     | PAUFIQUE.                     | Physiologie A .....                                              | PERROT.        |
| Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie ..... | THIERS.                       | Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .             | CIER J.-F.     |
| Clinique de pneumo-phtisiologie .....                          | BRUN.                         | Clinique de chirurgie cardiaque .....                            | PERRIN J.      |
|                                                                |                               | Clinique des maladies infectieuses .....                         | MICHAUD Pierre |
|                                                                |                               | Biologie médicale et pharmacodynamie .....                       | X...           |
|                                                                |                               | Clinique gynécologique ..                                        | X...           |
|                                                                |                               | Thérapeutique .....                                              | X...           |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|                                                  |               |
|--------------------------------------------------|---------------|
| Physique nucléaire appliquée à la médecine ..... | MM. BERGER.   |
| Bactériologie .....                              | BERTOYE.      |
| Neuro-chirurgie .....                            | MANSUY.       |
| Chimie générale et pharmaceutique .....          | COLLET.       |
| Clinique de pédiatrie et puériculture .....      | SARROUY.      |
| Hygiène et climatologie .....                    | LACROIX.      |
| Clinique chirurgicale propédeutique .....        | LIARAS.       |
| Neuro-chirurgie .....                            | LECUIRE.      |
| Médecine générale .....                          | REVOL.        |
| Thérapeutique chirurgicale .....                 | GOINARD.      |
| Pharmacie chimique et Pharmacologie .....        | CIER André.   |
| Médecine générale .....                          | PONT Maurice. |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Parasitologie .....            | MM. ROMAN.   |
| Anatomie pathologique .....    | FEROLDI.     |
| Physique biologique .....      | MORET.       |
| Botanique et cryptogamie ..... | ODDOUX.      |
| Chimie analytique .....        | de SOLLIERS. |
| Médecine générale .....        | DESPIERRES.  |
| Médecine du travail .....      | TOLOT.       |
| Parasitologie .....            | GARIN.       |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

|                               |                     |                               |             |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------|
| Chimie biologique .....       | MM. CREYSSEL Roger. | Anesthésiologie .....         | MM. MICHEL. |
| Hygiène .....                 | THIVOLET.           | Pédiatrie et puériculture ..  | FRANÇOIS.   |
| Electro-radiologie .....      | PINET.              | Chirurgie générale .....      | MICHOULIER. |
| Neuro-psychiatrie .....       | GUYOTAT.            | Dermatologie .....            | COLOMB.     |
| Chirurgie générale .....      | DESCOTES.           | Médecine générale .....       | LAMBERT.    |
| Pathologie expérimentale ..   | JOUVET.             | Médecine générale .....       | FRIES.      |
| Physique biologique .....     | PEYRIN.             | Pédiatrie .....               | GILLY.      |
| Anatomie pathologique ..      | TOMMASI.            | Médecine générale .....       | ROBERT.     |
| Electro-radiologie .....      | BUFFAUD.            | Anatomie .....                | BOUCHET.    |
| Médecine générale et thé-     |                     | Pédiatrie .....               | BETHENOD.   |
| rapeutique .....              | LEJEUNE.            | Immunologie, sérologie, hé-   |             |
| Stomatologie .....            | de MOURGUES F.      | matologie .....               | GERMAIN.    |
| Maladies infectieuses ....    | NAUSSAC.            | Pédiatrie .....               | LARBRE.     |
| Chirurgie générale .....      | REBOUILLAT.         | Chirurgie générale .....      | SOUSTELLE.  |
| Pédiatrie .....               | ROMAGNY.            | Médecine générale .....       | VIALA.      |
| Médecine générale .....       | DELAHAYE.           | Bactériologie, parasitologie, |             |
| Anesthésiologie .....         | DELEUZE.            | virologie .....               | VINCENT.    |
| Electro-radiologie diagnostic |                     | Pneumo-phthisiologie ....     | KALB.       |
| et thérapeutique .....        | GIRAUD.             |                               |             |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

|                              |                  |                            |             |
|------------------------------|------------------|----------------------------|-------------|
| Hématologie .....            | MM. FAVRE-GILLY. | Biologie médicale et phar- |             |
| Histologie et embryologie .. | GIROD.           | macodynamie .....          | MM. FAUCON. |
| Chimie biologique .....      | GRAS.            | Physiologie .....          | FLANDROIS.  |
| Chimie analytique .....      | MALLEIN.         | Bactériologie .....        | VIALIER-    |
| Hygiène .....                | RIFFAT.          |                            | RAYNARD.    |

## AGREGES EN EXERCICE

|                          |               |                           |               |
|--------------------------|---------------|---------------------------|---------------|
| Ophthalmologie .....     | MM. BONAMOUR. | Orthopédie .....          | MM. FAYSSE.   |
| Médecine légale .....    | COLIN.        | Oto-rhino-laryngologie .. | GAILLARD.     |
| Chirurgie générale ..... | de MOURGUES   | Médecine générale .....   | GARDE.        |
|                          | Georges.      | Ophthalmologie .....      | HUGONNIER.    |
| Médecine générale .....  | DEVIC.        | Chirurgie générale .....  | MARET.        |
| Obstétrique .....        | DUMONT        | Médecine générale .....   | MORNEX.       |
|                          | Martial.      | Médecine générale .....   | NORMAND.      |
| Urologie .....           | DURAND.       | Médecine générale .....   | PERRIN André. |
| Chirurgie générale ..... | FRANCILLON.   | Stomatologie .....        | DUMAS.        |
| Chirurgie générale ..... | SAUBIER.      | Obstétrique .....         | GARMIER.      |
| Neuro-psychiatrie .....  | SCHOTT.       | Médecine générale .....   | NOEL.         |
| Neuro-chirurgie .....    | ALLEGRE.      | Orthopédie .....          | SCHNEPP.      |
| Electro-radiologie ..... | CHASSARD.     |                           |               |

## EXAMINATEURS DE LA THESE

*Président* : M. MOUNIER-KUHN ; *Assesseurs* : MM. ROCHE,  
COLIN et GAILLARD.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA GRAND-MERE

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUNIER-KUHN

Il nous a fait un très grand honneur  
en acceptant de présider cette thèse.

Nous le prions d'accepter le témoignage  
de notre vive gratitude et de notre  
profonde considération.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAILLARD

Nous leur sommes reconnaissant  
d'avoir bien voulu accepter de juger ce  
travail.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT PAZAT

*Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée  
Ancien Médecin-Chef du Service O.R.L.  
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes  
Médecin-Chef du Service O.R.L. du Val-de-Grâce*

C'est à lui que nous devons l'inspiration et la direction de cette thèse. Au cours d'un semestre passé dans son service nous avons admiré sa compétence et sa grande bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE DIETLIN

*Spécialiste de Psychologie et d'Hygiène mentale  
Division psychologique du Centre de Recherches du Service  
de Santé de l'Armée*

Il a bien voulu se charger de la partie psychologique de nos observations.  
Nous le remercions vivement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL INSPECTEUR BORON

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce  
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire  
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT BONJEAN

*Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée*  
*Médecin-Chef du Service de Dermato-Vénérologie*  
*de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

Nous lui devons notre culture dermatologique.

Qu'il veuille bien trouver ici nos remerciements.

A MESSIEURS LES MÉDECINS-CAPITAINES

GRATEAU, VESCO, STIPON, BADROUILLARD

*Assistants des Hôpitaux Militaires*

A NOS CAMARADES DE PROMOTION

## INTRODUCTION

### Rappel historique — Plan d'étude

La rhinoplastie entre indiscutablement dans le cadre de la chirurgie esthétique, mais, le plus souvent, elle le déborde largement par ses visées fonctionnelles, psychologiques dans certains cas, venant s'ajouter aux buts purement cosmétiques. Cette chirurgie nasale aux possibilités de plus en plus vastes est, pour de nombreux auteurs, subdivisée en trois branches : la chirurgie reconstructive ou restauratrice, s'adressant aux pertes de substances (le plus souvent traumatiques, parfois après chirurgie d'exérèse pour cancer) ; la chirurgie réparatrice des déformations sans perte de substance ; la chirurgie dite esthétique du nez enfin, aux ambitions artistiques plus vastes.

Nous avons préféré utiliser, dans le titre de notre travail, le terme de chirurgie cosmétique qui englobe toutes les techniques conduisant à modifier la forme d'un nez, sans apport cutané destiné à combler une perte de substance des plans de couverture.

C'est dire que le choix de ce terme plus général implique de notre part la volonté de ne pas séparer les lésions traumatiques fermées des déformations congénitales, les indications fonctionnelles des indications esthétiques.

La chirurgie cosmétique tient compte de la physiologie, de la morphologie nasale, considérée dans son harmonie avec le reste de la face et de la personnalité psychologique du patient.

Elle nécessite une technique chirurgicale, mais surtout un choix pré-opératoire pour lequel le chirurgien tiendra compte du point de vue O.R.L. classique, de l'avis du psychologue et des désirs esthétiques de l'opéré.

Ce n'est pas l'étude des techniques opératoires que nous entreprendrons ; elles ont été exposées dans de nombreux ouvrages et ce domaine, où la discussion n'est pas éteinte, est trop vaste pour nous.

## Historique

L'origine de cette chirurgie se perd dans la nuit des temps. Certes, la chirurgie restauratrice est la plus ancienne, mais l'historique de la chirurgie esthétique au sens moderne n'est que la suite logique des premières tentatives restauratrices, au reste les plus audacieuses et les plus spectaculaires.

Tout le monde s'accorde pour considérer que les documents les plus anciens concernant la rhinoplastie sont les écrits de Sushruta, père de la chirurgie hindoue, qui dateraient d'environ 750 avant J.-C. Mais les descriptions qu'on y trouve se réfèrent à des interventions aux techniques complexes et précises, sans doute pratiquées depuis des temps bien plus lointains. La reconstruction du nez à l'aide d'un lambeau pédiculé frontal s'y trouve à peu près telle qu'on la pratique encore de nos jours, d'où le nom de méthode indienne qu'elle a conservé. On ne s'étonnera pas de voir les Hindous de cette époque, dans la secte des Koomas en particulier, s'attacher à ce problème si l'on se souvient que l'amputation du nez était une punition appliquée aux criminels et aux femmes infidèles.

Dans le livre de Sushruta, il est recommandé au praticien de découper dans une feuille d'arbre un modèle correspondant aux dimensions du nez, de l'appliquer sur le front, d'y tailler un lambeau conforme à son contour, de le retourner sur son pédicule, et de le suturer sur le moignon du nez, après y avoir introduit deux tubes pour calibrer les narines.

Aurelius Cornelius Celsus, qui vivait au temps de Tibère, fut le premier Occidental à traiter de cette spécialité. Il a donné en détail de nombreuses techniques de réparation du nez. Il a parfaitement décrit ce que nous appelons maintenant les autoplasties par glissement. Cette méthode s'appelle aussi méthode française, car elle fut, comme tant de choses, réinventée plus tard chez nous et les lambeaux par glissement portent encore le nom de Celse.

A.D. Morani rapporte que l'empereur Justinien II (669-711), après avoir eu le nez coupé par ses sujets révoltés, se le fit refaire quand il reconquit son trône.

Puis vient une longue période pendant laquelle l'histoire ne fait aucune allusion à la rhinoplastie. Le début du XV<sup>e</sup> siècle la voit réapparaître en Sicile, où elle est l'apanage de la famille Branca. Le père et le fils refont les nez par des lambeaux taillés sur le bras.

A leur suite, ce sont des Calabrais, les Vianeo, qui pratiqueront la même technique. C'est l'Italie encore qui manifeste sa vocation esthétique en la personne de Gasparre Tagliacozzi (1545-1599) ; il écrit en 1597 son fameux « *De Curtorum Chirurgia par insitionem* », qui est considéré comme le *premier traité de chirurgie plastique*. On y trouve, entre autres techniques, la rhinoplastie par lambeau pédiculé, encore pratiquée de nos jours. Les détails en ont certes été perfectionnés depuis, mais c'est un juste hommage rendu à Tagliacozzi que d'appeler ce procédé méthode italienne.

Vers la même époque, en France, en 1575, Ambroise Paré, au chapitre de ses œuvres « d'ajouter ce qui défaut », prône la prothèse de cuir ou d'argent et signale la méthode italienne qu'il ne juge pas impossible. L'idée n'intéresse personne.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, on ne la prend pas au sérieux ; la rhinoplastie, pour les vrais chirurgiens, fait figure de conte ; lorsque, en 1794, un voyageur relate ce qu'il a vu aux Indes, chez les Koomas, il n'obtient qu'un succès de curiosité.

Pourtant, la rhinoplastie va renaître en 1814-1816 avec deux succès de Joseph-Constantin Carpue, qui imite la technique indienne, en 1830, avec Larrey, qui reprend la méthode de Celse, en 1829, avec l'allemand Johann Frederich Dieffenbach (1792-1847), dont certains procédés sont encore en usage aujourd'hui.

On sait alors certes réduire une fracture récente, on sait bientôt corriger de grosses déformations, mais la chirurgie cosmétique reste encore peu audacieuse sur le plan esthétique. Un sérieux pas en avant n'est fait qu'en 1904, lors de la publication de l'ouvrage de Nélaton et Ombredanne sur la rhinoplastie.

A peu près en même temps, notons l'œuvre importante de Joseph, de Berlin, qui se fait le promoteur de la chirurgie

plastique nasale, sachant concilier cosmétique, fonction et esthétique.

Les deux dernières guerres mondiales ont fait se développer un grand perfectionnement technique et instrumental, exposé dans de nombreux travaux ; chacun des auteurs, trop nombreux pour être cités, a apporté son expérience personnelle, sa variante, son instrument, sa technique.

Maîtres de leur art, les plasticiens sont facilement passés de la traumatologie de guerre, mère de la rhinoplastie, à la chirurgie esthétique.

*Un problème pourtant restait encore à résoudre en ce domaine.*

Le contexte névrotique, accompagnant les lésions nasales, était une chose bien connue mais peu étudiée. Il faut attendre 1934 pour que, les premiers, Updegraff et Menninger consacrent un article au seul problème de l'importance d'une évaluation psychiatrique des candidats à la rhinoplastie. Peu d'auteurs en France ont exploré ce domaine ; outre-Atlantique, au contraire, les psychanalystes se sont volontiers emparés du sujet.

## **Plan d'étude**

Il nous a semblé utile de rechercher les répercussions psychologiques des déformations nasales chez les candidats à la rhinoplastie examinés dans le Service O.R.L. de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes.

Après avoir examiné les travaux consacrés à cette question, ainsi que la position de l'opinion publique, nous exposerons le climat particulier du milieu militaire, cadre de notre étude.

Nous exposerons ensuite les résultats de notre enquête psychologique, faite dans de nombreux cas avec le concours des psychiatres et des psychologues. A la suite des observations, nous tenterons de dégager une règle de conduite dans la collaboration entre le chirurgien et le psychologue, applicable tout au moins en milieu militaire.

## CHAPITRE PREMIER

### L'OPINION PUBLIQUE DEVANT LA RHINOPLASTIE ET LE POINT DE VUE DES MEDECINS

La Rhinoplastie, qui n'est qu'une des techniques de la chirurgie esthétique, connaît dans le monde entier un essor de plus en plus grand.

A mesure qu'elle est mieux connue, que ses techniques se perfectionnent, le nombre de ceux qui y recourent augmente d'année en année.

Et pourtant, en France, l'attitude du grand public à son égard est bien souvent faite d'ignorance, de faux préjugés, de réactions injustes.

Déjà en 1712, Dionis ne niait-il pas la réalité des rhinoplasties faites par Tagliacozzi ? Il confondait d'ailleurs, comme tous les chirurgiens de son temps, auto-greffe et homo-greffe. Cette méthode italienne, pourtant jadis connue en France, tombe alors dans l'oubli pour longtemps, sous les critiques des maîtres officiels.

Plus tard, Voltaire lui-même, habituellement mieux renseigné sur les problèmes scientifiques, poursuit cette chirurgie de ses sarcasmes ; son petit poème nous donne le ton de l'opinion publique d'alors. Jugeons-en plutôt :

« Ainsi Talicotius,  
Grand Esculape d'Etrurie,  
Répara tous les nez perdus.  
Par une nouvelle industrie,  
Il vous prenait adroitement  
Un morceau du cul d'un pauvre homme,  
L'appliquait au nez proprement ;  
Enfin il arrivait qu'en somme,  
Tout juste à la mort du prêteur,  
Tombait le nez de l'emprunteur.

Et souvent dans la même bière,  
Par justice et par bon accord,  
On remettait au gré du mort,  
Le nez auprès de son derrière. »

Une équivoque longue à se dissiper va peser sur la chirurgie esthétique en France.

Son côté spectaculaire, dans ses réussites comme dans ses échecs, en fait l'aliment idéal d'une certaine presse.

Les développements sentimentaux que les journaux ou le cinéma lui ont donné, la convoitise qui s'allume dans l'œil d'une midinette au visage sans grâce, et les espoirs que son seul nom fait naître dans l'esprit d'une starlette à qui il manque « un petit quelque chose », ont donné lieu à d'incroyables sottises ; il est sans doute peu de spécialités sur lesquelles le public ait autant de fausses idées.

Ne dissimulons pas non plus que ce climat n'ait quelque peu fait dévier certains praticiens épris de succès tapageurs.

Aussi, en France, c'est par la petite porte que la chirurgie esthétique allait faire son entrée et encore n'est-ce qu'en qualité de chirurgie réparatrice.

La Société Française de Chirurgie Plastique et Reconstructive n'a été fondée qu'en 1953, ayant 20 ans de retard sur les sociétés anglo-saxonnes ; les Annales de Chirurgie Plastique n'ont commencé à paraître qu'en 1956.

Quant à la chirurgie esthétique, elle resta le parent honteux de la chirurgie plastique.

Méconnue et méprisée des chirurgiens officiels, Dufourmentel était à peu près le seul à oser la défendre. Elle fut abandonnée à des chirurgiens officieux.

Si certains furent de valeur, beaucoup furent sans grande culture chirurgicale et usèrent de procédés publicitaires dans les antichambres des instituts de beauté, ce qui ne contribuait pas à améliorer l'attitude du public à son égard.

Actuellement, la chirurgie esthétique est sortie de sa semi-clandestinité, du fait sans doute de l'évolution culturelle du grand public français, dont l'activité, le standing, tendent à se rapprocher du type américain.

Nous allons de plus en plus vers l'élimination d'un circuit commercial où la publicité était d'autant plus tapageuse que les insuffisances à masquer étaient plus grandes. Il n'est plus

question de nier la légitimité technique et de prétendre que les résultats opératoires ne sont pas à la hauteur des prétentions de cette discipline chirurgicale. Le recours à la chirurgie esthétique est de moins en moins l'indice d'une frivolité qui prêtait à sourire et le discrédit jeté à la fois sur ceux qui l'exerçaient et sur ceux qui y recouraient, s'amointrit ; on n'admet plus nécessairement qu'il y ait incompatibilité entre le recours à cette chirurgie et un comportement psychologique normal.

Il convient d'ajouter que l'opinion publique a été préparée, de manière détournée, par deux faits importants :

- la guerre
- et la motorisation.

Au cours de la guerre 1914-1918, on s'est intéressé aux blessés de la face, aux « gueules cassées » ; le problème s'est posé à nouveau, hélas, plusieurs fois depuis. Sous l'impulsion de Virenque, de Ginestet et de leurs élèves, la chirurgie réparatrice et plastique a fait des progrès considérables.

Les progrès de la mécanisation et de la motorisation ont fourni ensuite la plus grande part des blessés de la face :

- Accidents du travail,
- Accidents de la route.

De la réparation des grands délabrements à la correction des petites déformations traumatiques, la voie est ouverte ; un pas de plus et nous rencontrons la chirurgie esthétique.

Entre le traitement de certaines lésions traumatiques et celui de certaines déformations congénitales, il n'y a aucune différence technique.

Par ce biais de la traumatologie de guerre, puis civile, le public a peu à peu pris la chirurgie esthétique au sérieux.

« Le droit à l'esthétique » est d'ailleurs une chose reconnue par la Sécurité Sociale, dans certaines conditions, pour certaines professions.

C'est là un fait logique, puisque de nombreux barèmes d'invalidité admettaient déjà depuis longtemps le « déficit esthétique ».

Il n'empêche que la chirurgie cosmétique ou esthétique a démarré en France, et dans bien des pays d'Europe, avec un certain retard par rapport à d'autres pays, spécialement les

Etats-Unis, où elle n'est pas d'une qualité différente, mais où elle est entrée plus vite et plus largement dans la pratique courante ; la pression de l'opinion publique a sans doute joué là un rôle important.

La chirurgie esthétique a été tôt officialisée aux U.S.A.

Tous les hôpitaux américains comprennent un important département de chirurgie esthétique. Cette discipline s'est implantée plus tôt qu'en France et son essor est considérable pour des causes multiples :

— Pas de semi-clandestinité comme en France.

— Importance de l'aspect extérieur dans la vie sociale américaine ; nous pouvons voir dans ce fait l'influence du cinéma, la publicité visuelle, les affiches, la télévision, etc. Tel acteur en renom représentant l'idéal culturel type américain : la « race » made in U.S.

Cette importance du physique est telle qu'il ne suffit pas toujours d'avoir une apparence normale, encore la veut-on agréable. Dans la lutte pour la vie, la beauté et la jeunesse sont des atouts volontiers alignés à côté de la compétence, aux U.S.A. plus qu'en France.

— Le public américain est plus au courant des techniques que le public français, par les articles des journaux, les revues spécialisées souvent d'ailleurs incomplètes dans leur information ou déformées par des buts publicitaires.

— Enfin le public américain est habitué et intoxiqué de psychanalyse. Il porte un grand intérêt aux questions psychiatriques au point que chaque famille a souvent son psychiatre, comme elle a en France son médecin traitant.

## **Les travaux médicaux**

Cette différence entre un public français peu averti et moins imprégné de psychanalyse et la clientèle civile américaine, plus renseignée, en bonne comme en mauvaise part, plus hétérogène, plus nombreuse aussi, nous permet de comprendre pourquoi ce sont les anglo-saxons qui ont le plus souvent étudié les problèmes psychologiques posés par les rhinoplasties. Encore

faut-il ajouter que la question a été souvent envisagée sous l'angle plus large de la chirurgie esthétique en général ; mais pour les psychologues, le problème n'est pas très différent.

Notre référence bibliographique la plus ancienne remonte à 1934.

Dès cette époque, Updegraff et Menninger posent la question de la motivation réelle des interventions rhinoplastiques pratiquées à la demande des patients. Ils remarquent que bien souvent, des corrections sont demandées pour des défauts minimes, alors que d'autres plus importants ne semblent nullement inquiéter le candidat à la rhinoplastie :

« Le chirurgien plasticien doit prendre en considération les souhaits inexprimés ; il demandera ce que le patient attend de la rhinoplastie, quelle possibilité de soulagement physique et psychologique ? ». En cas d'hésitation de la part du « malade », le chirurgien devra avoir recours au psychanalyste.

En effet, les raisons réelles, psychologiques poussant le patient à se soumettre aux interventions, ne sont pas celles habituellement données dans l'histoire racontée lors de l'interrogatoire initial.

A la lumière de l'analyse des mobiles subjectifs, les auteurs reconnaissent que « probablement il n'y a personne qui n'ait senti, à un moment ou à un autre, quelque insatisfaction de son apparence physique. Même la moins consciente des personnes, disent-ils, peut se souvenir de moments d'angoisse dans l'enfance ou dans sa jeunesse, lorsqu'elle se croyait diminuée par son apparence physique.

Ainsi les adolescents, qui sont immatures et socialement inadaptés, sont extrêmement préoccupés de leur apparence, se comparant désavantageusement avec leurs camarades. Beaucoup compensent leurs sentiments d'infériorité en atteignant la maturité, mais il y a beaucoup de personnes qui ne cessent jamais d'attribuer leur mauvaise fortune à un manque de beauté ».

Pourquoi attacher tant d'importance au physique ? Nous pouvons reconnaître que sans aucun doute, la face est le principal élément de la représentation extérieure de la personnalité.

César ne recommandait-il pas à ses soldats, à la bataille de Pharsale : « frappez au visage », sachant qu'être défiguré c'est être blessé deux fois. En général, quand nous évoquons le

souvenir d'un ami, nous signifions que nous nous souvenons de son visage, mais ceci est seulement l'extérieur, car ce que nous aimons de lui n'est pas son visage, mais sa gentillesse pour nous, son esprit, son intelligence. Par extension, le visage est devenu le symbole de ces choses.

Pourquoi quelques personnes semblent-elles plus soucieuses d'améliorer l'apparence du visage que de développer les éléments plus importants de la personnalité ?

Pour Menninger et Updegraff, l'explication est qu'une emphase du symbole est caractéristique de la pensée de l'enfant et cet aspect psychologique peut également se rencontrer chez l'adulte.

Dans une telle éventualité, ce besoin d'avoir confiance en son physique correspond pour ces auteurs à une désillusion des patients, à un manque de confiance dans leurs qualités sociales, morales, dans leur intelligence, et dans toute leur personnalité.

Les auteurs ajoutent « qu'il y a des gens qui réalisent le meilleur de leur apparence parce que c'est tout ce qu'ils ont, mais d'autre part, l'emphase de l'apparence physique pour certains est le fait d'une extrême auto-admiration ». Celle-ci résulte de sentiments d'infériorité d'une grande puissance.

En somme, les auteurs insistent sur l'importance des motifs subjectifs et objectifs dans les interventions esthétiques demandées par les patients.

Si les mobiles objectifs sont la matière du jugement chirurgical, il n'en est pas de même des mobiles subjectifs, souvent obscurs ; or ils conditionnent pour une grande part l'indication ou la contre-indication opératoire ainsi que la satisfaction post-opératoire du patient.

Leur appréciation devra être réservée au psychanalyste.

L'expérience des auteurs montre que le nez est le trait pour lequel les patients montrent le plus grand mécontentement : dans la majorité des cas, il est le trait qu'ils souhaitent améliorer ou refaire.

Il n'est pas étrange cependant que des sentiments obsédants de mécontentement personnel se focalisent sur le nez, du fait qu'il est un trait dominant du visage, et qu'il a acquis dans le folklore, les contes de fées, la littérature (Cyrano de Bergerac, Tristant Shandy, etc.) et dans le parler journalier, une importance symbolique. De plus, c'est l'organe le plus visible qu'aucun

artifice ne peut dissimuler ; il n'est jamais couvert par les vêtements, il n'y a aucun moyen de le cacher à moins de couvrir toute la face.

Un sujet obsédé par son nez, est particulièrement tourmenté par sa visibilité.

Il joue un rôle essentiel dans l'harmonie du visage :

L'éclat des yeux, la qualité de la peau, la régularité du visage, ne compensent jamais un appendice nasal disgracieux.

Mais ces qualités, au contraire, reprennent toute leur importance après une rhinoplastie réussie.

A tort ou à raison, le nez paraît révéler le caractère de celui qui le porte : nez mutin rétroussé, nez long et triste, nez busqué masculin, indice d'une forte personnalité, petit nez parisien et spirituel, nez rouge de l'ivrogne.

La physiognomonie a beaucoup utilisé ce point de vue ; il faut reconnaître que cette science un peu confuse a fourni, à côté d'une bien mauvaise littérature, quelques remarques valables reprises par Corman dans ses tentatives de classification morphopsychologique.

Les sculpteurs, les peintres, connaissent depuis longtemps l'importance du nez dans la recherche de la ressemblance et du caractère du modèle dans son portrait.

Les caricaturistes aussi le savent bien qui, d'un coup de crayon, campent tout un personnage en exagérant les caractères d'un nez ou en ne dessinant que lui.

C'est à cause de son importance psychologique que la mutilation nasale est considérée comme la blessure infamante par excellence chez nombre de primitifs.

On ne saurait non plus trop insister sur la place que prend le nez comme caractère sexuel secondaire : à la puberté, commence sa croissance qui se poursuit pendant toute l'adolescence pour aboutir à un résultat qui, par sa forme et ses proportions, peut être exquisement féminin ou nettement masculin.

L'importance du nez au point de vue esthétique, caractère racial, explique aisément la fréquence avec laquelle une anomalie morphologique de cet organe peut déclencher des troubles psychologiques.

Linn et Goldman ont décrit ce qu'ils appellent le syndrome de la rhinoplastie.

Il s'agit de sujets dont le nez est devenu une véritable idée fixe. Ils sont persuadés que tout le monde les regarde à cause de sa forme. Ils manquent de confiance en eux-mêmes, évitent la vie sociale et en arrivent à une véritable agoraphobie.

Ils usent de certains subterfuges pour dérober aux regards des autres ce qu'ils considèrent comme l'angle le plus défavorable de leur visage ; ceci donne une certaine maladresse à leur attitude ; quelquefois ils prennent l'habitude de cacher leur nez avec leur main tout en parlant.

Remarquons qu'à côté de cet aspect réactif psychologique à une difformité nasale, réelle ou supposée, il existe une hyperemphase de la laideur nasale, phénomène non signalé par Linn et Goldman.

Le nez crochu, en proue, cyphotique à souhait, ne représente-t-il pas « le faciès du chef », le nez bourbonien, le nez aristocratique ?

P. Pazat a proposé à juste titre de parler de « syndrome de la bosse hypercompensé ».

Que dire du nez crochu ? Qu'il représente la force caractérielle et physique ; c'est le nez du chef rude, voire même antipathique.

Cette valeur symbolique du nez est très répandue, surtout sous la forme péjorative du nez crochu, bossu ou fortement dévié.

L'inconscient collectif a souvent exprimé cette idée dans les mythes anciens, dans les contes populaires (diables, sorcières, etc...). On retrouve d'ailleurs cette tendance, solidement enracinée dans de nombreuses œuvres d'art anciennes, classiques, modernes :

Nombreux personnages antipathiques de roman ; dans certains tableaux (voir en particulier Jérôme Bosch, Goya, Odilon Redon, Bresdin). Les masques comiques et grotesques ou magiques et effrayants.

Notons encore que le maquillage de théâtre ou les marionnettes n'échappent pas à la règle : le vilain nez est réservé au traître.

Le personnage de Cyrano de Bergerac peut paraître une exception... et pourtant, si bien des acteurs ont joué ce rôle avec des nez postiches divers, aucun n'a jamais eu l'idée de parer ce personnage sympathique d'un nez crochu.

Les mythes ont parfois plus de force que les faits ; comment s'étonner après cela des répercussions profondes d'une difformité nasale sur la personnalité, le caractère et le comportement d'un individu ; certes le retentissement va dépendre du mode de réaction habituel de l'individu et des circonstances extérieures.

Nous avons vu les deux états extrêmes d'emphase (ou d'hyper-emphase) et de profonde gêne psychologique, disons de complexe pour employer la terminologie de Freud ; entre ces deux états, il existe des cas intermédiaires représentant l'immense majorité des sujets où l'individu bien équilibré, plutôt que d'abdiquer, saura, le cas échéant, suppléer à sa disgrâce par une transmutation de valeurs.

Pourtant, selon G. Hill et A. Gilbert (1950), il existe rarement une réponse entièrement rationnelle à une laideur réelle et les auteurs vont même jusqu'à considérer la consultation de chirurgie esthétique, comme un symptôme névrotique, « lorsqu'il s'agit de raisons autres que traumatiques ».

C'est pourquoi F.M. Gregor et Schaffner (1950) entreprennent une étude psychologique de 73 candidats à la rhinoplastie.

Nous citerons brièvement 5 cas, chacun étant un exemple de la catégorie des problèmes rencontrés dans le série des 73 patients et au passage, nous donnerons notre opinion personnelle.

## CAS I

Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, employé aux soins des chevaux d'une écurie de course, qui demandait une intervention destinée à corriger l'extrémité bifide de son nez.

Il avait toujours été pour lui une cause de honte et l'obsédait. Il se plaignait de nombreux troubles fonctionnels, se sentait déprimé et anxieux...

Il y avait quelques raisons de penser que l'état mental et les symptômes fonctionnels de ce sujet étaient le résultat d'une situation sociale longtemps tendue et des humiliations que lui avait apporté un nez manifestement mal formé.

C'était l'impression du psychiatre que l'opération était justifiée et que le patient, selon toute vraisemblance, ne souffrirait pas de troubles psychiatriques post-opératoires pour les raisons suivantes :

Au lieu de devenir déprimé et découragé, il ne perdit jamais l'espoir positif d'améliorer les conditions de son environnement ; de tous les enfants de sa famille, il avait fait montre du plus grand sens des responsabilités, d'indépendance et de stabilité émotionnelle.

L'opération fut techniquement réussie, elle apporta une excellente réadaptation sociale et de salutaires effets psychosomatiques.

#### DISCUSSION.

Ce cas illustre l'effet dévastateur du rejet social d'un individu dont les traits physiques dévient de ce qui est considéré comme la norme sociale.

Les sociétés demandent la conformité et peuvent cruellement attaquer les individus qui paraissent différents. Le besoin de l'individu de sentir qu'il est approuvé, et accepté, est si fort que le rejet par les autres peut aisément avoir pour résultat de créer des perturbations psychologiques.

La rhinoplastie élimine ainsi la distance sociale entre le patient et ses contemporains et favorise la réinsertion sociale.

Personnellement, nous pensons que dans ce cas il n'y a aucun problème d'esthétique vrai : le but, c'est de rentrer dans la norme chez un sujet dont la personnalité est peu marquée, donc incapable de supporter un caractère distinctif trop visible.

### CAS II

Le second cas rapporté soulève le problème racial aux U.S.A. :

Une jeune femme métissée réclame une rhinoplastie pour des motifs sociaux et personnels.

En raison de ses ascendants blancs, elle ne s'est jamais considérée comme appartenant à la race noire dont elle possède cependant les caractères physiques. Important contexte familial : mère psychotique qui a toujours préservé sa fille du contact des noirs, elle-même traitant la bonne familiale de « sale négresse ».

Cette jeune femme se déclare gênée par le caractère négroïde de son nez dans l'exercice de sa profession (elle est modèle pour peintre) et du fait de la ségrégation raciale aux U.S.A.

#### DISCUSSION.

Ce cas illustre l'indication opératoire à la fois sociale et psychologique.

Elevée par une mère presque blanche qui ne souffrait pas de comparaison avec les noirs, et par un père véritablement nègre qui ressentait amèrement la position inférieure prescrite aux noirs et les brimades d'un monde blanc, la patiente trouvait peu d'éléments dans son entourage capables de développer un sentiment de sécurité.

Par ailleurs, la patiente n'avait jamais résolu le problème de son appartenance raciale. Cependant, depuis que son aspect l'empêchait d'obtenir le travail qu'elle désirait, elle était finalement obligée de se rendre compte qu'elle était nègre parce qu'elle vivait dans une société qui ne reconnaît pas de classification intermédiaire.

Les mécanismes de son conflit furent soigneusement expliqués à la patiente, en insistant sur le fait qu'en changeant son nez, on ne changerait pas son aspect essentiellement noir.

L'intervention fut finalement réalisée et les résultats psychologiques, tant lointains qu'immédiats, furent considérés comme acceptables par les auteurs.

Pour notre part, nous pensons que ce cas est voisin du précédent : il s'agit de supprimer quelque chose de personnel et non de créer un visage personnel.

### CAS III

Le troisième cas de F.M. Gregor et Schaffner relate l'histoire d'un sujet âgé de 18 ans, d'origine juive ; il présentait un nez de type arménien avec convexité de l'arête.

Le sujet alléguait une difficulté respiratoire nocturne et des rhumes fréquents.

Après plusieurs interrogatoires par le sociologue, il admit que c'était un prétexte pour demander la rhinoplastie ; le souhait réel étant la modification de la forme de son nez parce qu'il était l'objet de la part de ses camarades de surnoms moqueurs faisant souvent allusion à ses origines juives :

« Quand je regarde dans un miroir, disait-il, je ne vois pas ce que je vois, mais ce qu'ils disent ».

### DISCUSSION.

Membre d'un groupe minoritaire, le sujet était sensibilisé à son aspect physique et en changeant la forme de son nez, il

espérait se conformer à l'idéal culturel américain, d'ailleurs tout à fait artificiel, et par là, achever une acceptation complète.

La rhinoplastie ne fut pas entreprise, par crainte de perturbations psychologiques post-opératoires, sur avis du psychiatre.

*LE QUATRIEME CAS* est un malade purement psychiatrique sans contexte esthétique.

*LE DERNIER MALADE* avait subi trois rhinoplasties dont il était mécontent.

Il se plaignait de troubles fonctionnels divers.

Son aspect psychopathologique fit contre-indiquer tout acte chirurgical. Là encore, l'avis du psychiatre prime le point de vue du chirurgien et le désir du patient ; son mécontentement ne reposant pas sur une déformation objective de son nez.

De cette étude, nous retiendrons que les auteurs Schaffner et F.M. Gregor ont mis en évidence :

1° Non le problème psychologique individuel, mais surtout la psychose collective américaine à base de racisme.

2° La mode du physique américain type, à pseudo-caractère racial inventé et au besoin préfabriqué.

Avec Edgerton, Jacobson et Meyer, bien que nous nous écartions de la rhinoplastie, nous retrouvons la même méfiance des auteurs américains en face des candidats à la chirurgie esthétique, puisque, à 70 % de leurs sujets, est assigné un diagnostic psychiatrique ; cet article donne l'impression que les diagnostics sont distribués avec facilité.

Reich (1958) est par contre plus modéré ; il existe certes pour lui des individus qui demanderont à la rhinoplastie plus qu'elle ne peut donner, notamment la solution de leurs problèmes psychologiques, sentimentaux ; mais à côté, combien de demandes sont justifiées.

Il conseille seulement au chirurgien de se méfier lorsque le malade donne le modèle ou le dessin d'un nez : a priori, de tels malades seront mécontents du résultat et revendicatifs, car :

— le nez ne peut être rendu tout à fait ressemblant, c'est une impossibilité chirurgicale ;

— si le nez est ressemblant, il ne cadre pas avec le reste du visage, c'est une erreur esthétique.

Dans la littérature française, si nous trouvons peu d'auteurs ayant abordé la question des problèmes psychologiques, c'est que le sujet a moins d'ampleur en France que dans les pays anglo-saxons.

Morel Fatio pose le problème des indications esthétiques en distinguant :

1° Les indications sociales déjà plus contingentes.

2° Les indications médicales, malformations, séquelles d'accident...

3° Les indications affectives ; l'opération est demandée pour satisfaire aux besoins d'un proche et non de l'intéressé lui-même.

Dans la thèse d'Izquierdo Alexianne, nous retrouvons une étude plus complète des aspects sociaux, psychologiques et psychiatriques de la chirurgie esthétique, où se fait jour un point de vue plus modéré, accordant moins d'importance à la psychopathologie que les auteurs américains ne l'ont fait.

Que peut-on retenir de la bibliographie, du problème ? Dans quelle mesure les notions acquises vont-elles nous être utiles dans le cadre particulier de la rhinoplastie en milieu militaire ?

Nous avons été amenés à citer de larges extraits et quelques cas cliniques puisés dans des articles consacrés aux problèmes psychologiques posés par les rhinoplasties.

Chemin faisant, nous avons donné notre opinion. Nous retiendrons :

1° La nécessité soulignée par les auteurs américains d'une collaboration psychiatre-chirurgien.

2° Le caractère particulier de la clientèle civile américaine imprégnée de psychanalyse, plus ou moins bien digérée, assez mal informée souvent des possibilités réelles qu'offrent les interventions rhinoplastiques, mais de toute façon mieux que le public français, grâce aux procédés publicitaires gigantesques, aux revues techniques, au cinéma et à la télévision.

3° L'aspect vaste et hétérogène de cette clientèle, *sans sélection au départ*.

4° L'existence d'un pseudo-type culturel américain, presque entièrement synthétique et préfabriqué, représenté par telle vedette en renom, servant de modèle à des millions d'individus.

5° La psychose collective américaine, à base de racisme, défavorisant dans la compétition sociale les sujets présentant des caractéristiques raciales « impures », en particulier ceux groupés sous le vocable méprisant de « colored man ».

Il n'est pas étonnant alors que dans bien des cas décrits, on trouve non un problème de psychologie individuelle, mais collective, une question de conformité à une majorité sociale de sujets appartenant à un groupe minoritaire.

Il n'est pas étonnant non plus, à la lumière de ce que nous connaissons, que les auteurs se soient attachés, à tout prix parfois, à trouver des mobiles psychiatriques aux rhinoplasties. Par contre, les auteurs français sont moins dans le « vent psychiatrique », du fait sans doute d'une clientèle différente et d'une attitude médicale plus saine.

Dans la grande majorité des cas, ils reconnaissent que le souci d'améliorer une disgrâce est légitime.

Dans les cas douteux, ils préconisent le recours au psychologue.

Nous avons été conduits à prendre une position plus proche de celle des rares auteurs français ayant abordé le problème que de l'optique américaine, trop psychanalytique, car le milieu sur lequel nous travaillons est différent.

Nos patients ne sont jamais des malades mentaux sérieux, ils ont été sélectionnés avant leur entrée dans l'Armée, ils vivent dans un milieu bien spécial ; tout cela donne une teinte particulière aux problèmes posés par les rhinoplasties au chirurgien militaire.

C'est pourquoi nous étudierons d'abord ce milieu dans le chapitre suivant.

## CHAPITRE II

### PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX EN MILIEU MILITAIRE

Tout individu appelé sous les drapeaux doit faire un effort d'adaptation au milieu militaire.

En fait, le problème est celui d'une adaptation réciproque individu-milieu.

#### **Relation individu-armée**

Lorsqu'un individu vient à l'Armée, il y a une raison, dépendante ou indépendante de lui. Pour les appelés, c'est l'impôt que représente le service que tout garçon de vingt ans doit à son pays.

Pour les engagés, c'est la motivation qu'il convient d'apprécier pour bien comprendre le mode sur lequel s'effectuera la relation future individu-Armée.

C'est ainsi qu'en temps de guerre, les engagements sont d'excellente qualité, la motivation allant dans le même sens que l'idéal social patriotique et il y a moins de problèmes psychologiques.

Le problème des engagés est plus difficile en temps de paix : l'engagement peut être parfaitement motivé par un louable désir et un choix professionnel ; il peut aussi constituer une sorte de fuite hors du milieu civil et pose alors de sérieux problèmes psycho-pathologiques.

Dans les deux cas, qu'il s'agisse d'appelés ou d'engagés, on conçoit que l'éducation antérieure entrera en jeu comme facteur prépondérant dans l'adaptation.

De même l'équipement de base du sujet : équipement intellectuel, équipement émotionnel, seront deux autres facteurs dont l'inventaire est important.

L'autre pôle de la relation individu-Armée est la collectivité militaire. Elle est caractérisée schématiquement par sa structure, ses missions, son système socio-pédagogique.

— Sa structure est celle d'une société verticalement hiérarchisée et horizontalement constituée par le « grand nombre ».

— Ses missions sont celles que lui confie l'Etat dont elle est la Force ; mais on pourrait dire qu'en tête de ses missions, l'adaptation de ceux qui lui sont confiés est chronologiquement la première.

Par ailleurs, l'évolution de l'Armée dans la nation et la place de la nation dans le monde impliquent une mise de l'appareil militaire au service d'idéaux de plus en plus difficiles à discerner pour l'individu mal informé.

Aussi bien la rencontre individu-Armée peut-elle être difficile du fait :

— De l'individu : éducation et information mal faites en ce qui concerne ses devoirs et ses rapports avec les contre-pressions sociales.

— De l'Armée : milieu contraignant, dont les normes de travail (absence de libre expression, dans un système autoritaire, absence de possibilité de rupture de contrat) sont différentes de celles auxquelles sont habitués les individus dans les autres sociétés.

Si les motivations profondes ne sont pas solides, si le sujet n'est pas structuré et préparé, si l'Armée n'est pas attentive au poids dont elle exerce la pesée sur les individus, il y a difficulté d'adaptation, syndrome d'inadaptation, ou syndrome d'alarme, stress.

### **Réalisation de l'adaptation réciproque individu-armée**

Pour éviter de tels conflits, il faut les prévenir le plus possible en délectant les inadaptables, en évitant aux sujets adaptables les épreuves de force au-dessus de leurs moyens.

Cette prévention comporte une sélection-orientation.

Elle est située pour les appelés entre deux opérations « filtre » :

L'une antérieure à la sélection, le Conseil de Révision ; l'autre postérieure, c'est la visite d'incorporation avec l'épreuve des trois premiers mois d'observation de la recrue à son unité et les consultations hospitalières éventuelles.

Pour les engagés, le contrat provisoire résiliable pendant les six premiers mois d'observation, paraîtrait être une bonne formule.

Les opérations successives :

- du Conseil de Révision,
  - des trois jours d'appel au Centre de Sélection,
  - de l'incorporation avec ses trois mois d'observation,
- permettent donc de prévenir l'inadaptation, en éliminant les sujets fragiles, en orientant les sujets aptes.

En effet, le Conseil de Révision élimine les affections grossières sur le plan psychiatrique : les maladies mentales classiques connues de tous et de notoriété publique, les arriérés profonds, les pervers connus de l'entourage, les multi-délinquants asociaux, amoraux, inaffectifs.

Dans les Centres de Sélection, le tri plus détaillé est réalisé par :

- un examen médical ;
- un examen psychotechnique ;
- un entretien avec un officier orienteur.

Par exemple au Centre de Sélection de Vincennes, sur 320 recrues examinées par jour, 20 à 30 sont présentées au psychiatre (soit 7 à 10 %), dont 10 pour débilité mentale (3 % des recrues), 15 à 20 pour troubles du comportement. Parmi les débiles, 50 % sont éliminés de l'Armée, l'autre moitié est jugée adaptable.

Les résultats de cette opération de sélection comportent deux sanctions :

- une sanction d'aptitude, immédiate ou différée après mise en observation dans un service hospitalier spécialisé (J.B.O.) ;
- une sanction d'orientation.

## Les caractéristiques de notre population

Ces opérations de filtrages successifs, auxquels sont soumis les recrues du contingent, conditionnent l'aspect particulier de nos sujets.

1° On peut tout d'abord dire que notre population est *sélectionnée* :

Nous ne trouvons pas de grands anormaux psychiques. Certes, les mesures de sélection peuvent laisser passer volontairement ou involontairement de petits psychopathes dont l'affection n'est pas incompatible avec le service militaire, mais tout sujet à fond mental sérieusement perturbé est éliminé et n'apparaîtra donc jamais dans nos statistiques.

2° C'est une population *presque homogène*, en ce sens qu'il existe une identité :

- d'âge,
- de sexe,
- de conditions de vie.

La situation matérielle est la même pour chaque individu, la discipline égale pour tous.

Cependant il existe un aspect hétérogène représenté essentiellement par :

- l'origine sociale,
  - le niveau culturel,
  - la situation familiale (mariés, célibataires),
- des plus variés.

L'ensemble pourrait être considéré comme un reflet de la nation avec cette différence qu'apporte la sélection tendant à uniformiser le milieu.

3° Nos sujets ont presque tous présenté une *rupture* brutale avec le milieu social habituel, avec le milieu familial.

A leur arrivée, les jeunes recrues subissent une mise en contact avec une vie toute différente de celle qu'ils ont connue. Ils ont un contact forcé et élargi avec des sujets d'âge identique, avec leurs supérieurs et parfois des heurts se produisent.

Dans la chambre commune, le domaine individuel devient

très restreint et quelques camarades plus agressifs trouvent vite la « tête de turc ».

Ce climat est propice à la révélation de tares psychiques jusqu'alors passées inaperçues dans un milieu familial où la routine quotidienne ne nécessitait pas d'effort d'adaptation.

Pour les mêmes raisons, on peut dire qu'un défaut physique particulièrement visible, tel qu'un grand nez aux proportions ou aux formes inhabituelles, pourra être l'objet de sarcasmes moqueurs.

Il en découlera une prise de conscience d'un défaut jusque-là bien supporté.

4° Notre population présente un manque total d'information médicale :

— Très peu de sujets se doutaient que des interventions à visée esthétique pouvaient être réalisées par le Service de Santé Militaire.

— La majorité vivait éloignée des grands centres hospitaliers chirurgicaux et était mal informée de ces problèmes.

— Très peu de nos sujets s'intéressaient au problème de la rhinoplastie, ou si la question avait été envisagée, le problème économique faisait repousser l'intervention, d'autant que cette chirurgie, souvent onéreuse certes, est réputée inabordable et réservée à une clientèle de grand luxe.

### **Les problèmes socio-économiques**

Ces questions nous font envisager rapidement l'attitude de la Sécurité Sociale devant une intervention telle que la rhinoplastie à visée esthétique.

La Sécurité Sociale civile ne compensera jamais financièrement une intervention de cet ordre, lorsque l'indication est esthétique ou psychologique, lorsque l'étiologie n'est pas traumatique et lorsque le déficit n'a pas un retentissement professionnel majeur.

La position de la Sécurité Sociale Militaire est un peu différente ; elle admettra plus facilement une rhinoplastie à visée cosmétique chez un militaire de carrière, dans la mesure où

celle-ci est effectuée dans un hôpital militaire et si un but fonctionnel y est adjoit.

Cet errement ne repose pas sur une réglementation foncièrement différente, ni sur une générosité particulière de cet organisme.

C'est seulement un fait de constatation courante dont l'explication est simple :

Le militaire d'active peut faire traiter un désordre fonctionnel et obtenir le remboursement des frais d'hospitalisation ; si le chirurgien militaire complète son traitement par une intervention purement esthétique, la Sécurité Sociale y voit d'autant moins d'inconvénient qu'elle n'a aucun honoraire à verser ou à rembourser.

En pratique donc, tout se passe comme si le militaire avait droit à la chirurgie esthétique gratuite, pour peu que le chirurgien veuille bien faire une intervention que rien ne lui impose de manière formelle.

Par contre, la prise en charge d'une rhinoplastie faite en milieu civil serait refusée par la Sécurité Sociale Militaire, comme par la Sécurité Sociale civile... sauf si celle-ci est « déclarée » avoir un but fonctionnel pur.

Nous voyons qu'en fait, un « *droit à l'esthétique* » tend à se faire jour, en dépit des textes et souvent avec une certaine complicité des médecins, complicité d'autant moins sujette à caution, en milieu militaire, qu'elle est toute gratuite.

Pourquoi, en effet, refuser une intervention cosmétique, à visée esthétique, lorsque le ou les défauts à corriger ont une incidence psycho-pathologique ou risquent d'en entraîner une à plus ou moins longue échéance ?

La chirurgie esthétique ne fait alors qu'entrer dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

Le problème pourrait peut-être se résoudre ainsi :

— La Sécurité Sociale Civile ou Militaire prendrait à sa charge une part des frais opératoires à condition que le malade fournisse un certificat d'un psychiatre justifiant l'indication opératoire.

— Un cas particulier pourrait être envisagé : celui des déformations « caricaturales » pouvant apporter une gêne à l'exercice d'un commandement.

Ceci n'est pas une boutade ; nous avons en mémoire le cas de deux sous-officiers dont les aptitudes et la rentabilité se sont développées de manière extraordinaire après une intervention cosmétique nasale qui effaça leur aspect clownesque antérieur.

Le Service de Santé des Armées est amené à pratiquer la chirurgie cosmétique dans bien des cas ;

d'abord pour corriger les séquelles des inévitables traumatismes rencontrés dans la vie militaire « qui présente parfois de réels dangers » ; pour palier à des malformations gênant un militaire de carrière dans son métier, fait en grande part de contact social ; pour prévenir ou traiter un petit trouble psychologique chez un appelé comme chez un engagé, car bien souvent il ne se révèle que pendant et à cause du service ;

enfin, dans un but d'esthétique pure chez des militaires de carrière, pouvant difficilement s'adresser ailleurs pour des raisons financières.

Chez des soldats du contingent enfin, dans la mesure où la recherche de l'esthétique peut être entreprise à l'occasion du traitement d'un trouble fonctionnel et sans pour autant prolonger son indisponibilité.

Dans ce dernier cas, il s'agit sans doute d'un geste gratuit, non indispensable au bon fonctionnement de l'Armée, mais le Service de Santé n'a-t-il pas aussi à jouer un rôle social et humain ?

### **Le mode de recrutement des candidats à la chirurgie cosmétique**

La grande majorité des malades vient consulter pour des *symptômes fonctionnels vrais ou allégués*.

La consultation d'esthétique pure reste l'exception, peut-être par absence d'élément féminin dans notre statistique.

Il s'agit le plus souvent de traumatismes de la pyramide nasale, au cours du service ou de traumatismes multiples, la déformation étant mise sur le compte du dernier accident.

Réclamant une intervention radicale pour se libérer de leur rhinite récidivante, de leur gêne respiratoire ou de tout autre trouble parfois inexistant ou purement subjectif, nos malades demandent ensuite seulement s'il n'est possible, « par la même

occasion » (sic) d'apporter une correction esthétique à leur nez.

Il existe incontestablement une gêne, une honte même à recourir à la chirurgie esthétique en France, surtout chez les hommes.

Ce fait est corroboré par ce que nous pourrions nommer l'entraînement local collectif.

Certains de nos malades, convalescents, rencontrent des camarades hospitalisés pour d'autres affections ou retrouvent leurs camarades d'unité et les informent de leur expérience personnelle.

Des sujets intéressés, mais jusqu'alors hésitants ou ignorants, viennent alors nous consulter.

A côté de ce recrutement « exogène », existe un curieux recrutement « endogène », à l'intérieur même du service.

Certains malades découvrent ainsi, par hasard, la chirurgie cosmétique dont ils ignoraient jusqu'alors les possibilités et parfois l'existence.

Ces malades ont un comportement tout particulier ; exempts de gêne *consciente* de leur difformité nasale qu'ils croyaient définitive, la perspective inespérée de sa correction la transforme en idée fixe très consciente et ils sont aussitôt prêts à subir l'intervention.

Cet enthousiasme doit être suspect au chirurgien et le recours au psychiatre est alors utile avant de prendre une décision opératoire.

Enfin, nous avons été parfois conduits à proposer nous-même l'intervention, soit lorsqu'une rhinoplastie cosmétique ne pouvait que favoriser un temps opératoire fonctionnel, soit devant de grandes déformations évidentes ; dans ces derniers cas l'amélioration psychologique post-opératoire du sujet a toujours été très intéressante.

Nous ne saurions la comparer qu'aux modifications du comportement parfois observées après un succès de cophochirurgie.

En *conclusion* de ce chapitre, nous croyons devoir retenir les notions suivantes :

— Tout individu doit faire un effort d'adaptation au milieu militaire, selon son tempérament et ses moyens.

— Si, dans l'immense majorité des cas l'adaptation entraîne peu de manifestation psychopathologique, c'est que nos sujets sont déjà sélectionnés par trois opérations filtre :

— le Conseil de Révision,

— les trois jours d'appel au Centre de Sélection,

— les trois premiers mois du service

pendant lesquels aucune intervention chirurgicale, en dehors des urgences, ne peut être légalement entreprise. Cependant les petits psychopathes peuvent volontairement ou involontairement échapper à la sélection.

— Le milieu militaire est propice à la révélation tant des tares psychiques que morphologiques et peut créer des lésions traumatiques.

C'est sur ce milieu peu pathologique ou sain que nous travaillons.

En ce qui concerne le mode de recrutement de nos malades, il s'agit dans la majorité des cas de traumatismes de la pyramide nasale, venant consulter pour des motifs fonctionnels vrais ou allégués.

Cet ensemble conditionne l'aspect de notre enquête que nous envisagerons au chapitre suivant.



## CHAPITRE III

### NOTRE ENQUETE

#### Comment avons-nous eu l'idée d'entreprendre cette étude ?

L'histoire de M. S. Jean-Louis est à l'origine de notre enquête psychologique sur les rhinoplasties effectuées dans le Service O.R.L. de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes. Nous la résumons rapidement :

D'origine juive, ce malade de 20 ans vient consulter pour céphalées sus-orbitaires bilatérales permanentes.

L'examen clinique montre :

- Une déviation septale ;
- Des cornets hypertrophiés venant au contact de la cloison.
- Un nez de type arménien.

Le malade est hospitalisé une première fois avec le diagnostic de céphalées rhinogènes.

Une septoplastie suivie d'une cautérisation des cornets inférieurs suppriment les céphalées.

Quelques mois plus tard, le malade revient, accusant la septoplastie d'être à l'origine de sa bosse nasale, dont il demande la suppression.

Manifestement une telle explication n'était pas justifiée, la septoplastie n'ayant pas entraîné l'effondrement du cartilage nasal qui eût pu, à la rigueur, mettre en relief l'auvent osseux.

Comme aucun argument matériel, aucun document photographique datant de la première hospitalisation et montrant la réalité antérieure de la cyphose nasale, n'existait, nous hospitalisons à nouveau le malade pour une rhinoplastie.

Malheureusement, à cette époque, il ne nous fut pas possible de montrer ce cas intéressant au psychologue ; mais cette histoire nous détermina à le faire pour les rhinoplasties futures.

## Moyens d'étude et plan d'ensemble

A son arrivée dans le Service, le candidat à la rhinoplastie, est l'objet d'un examen O.R.L., en premier lieu, puis psychologique éventuellement. Pour éviter toute revendication future, le malade possède un dossier comportant les éléments suivant :

— Une observation médicale complète suivie d'un examen O.R.L. insistant en particulier sur la morphologie et la perméabilité nasale.

— Des examens pré-opératoires habituels.

— Avant et après l'intervention, systématiquement, une série de photographies du nez, en trois incidences.

— Parfois, pour certains malades, un moulage en plâtre du visage.

Ce n'est qu'au terme de cet examen O.R.L., que nous orientons secondairement nos malades intéressants, vers le psychologue.

Nous entendons par « intéressants », les sujets dont le comportement actuel ou passé, les antécédents psychologiques, le contexte familial et social, nous ont semblé suspects.

*L'examen psychologique* lui-même a été effectué au Laboratoire de Psychologie du Centre de Recherche du Service de Santé des Armées.

Les examens ont consisté en :

1) Un entretien d'une heure avec un Médecin spécialiste de psychologie clinique.

Cet entretien visait à définir la personnalité des sujets et à rechercher les éléments pathologiques éventuels. Nous entendons par « personnalité » : l'organisation dynamique, à l'intérieur de l'individu, des processus psycho-physiques qui déterminent ses ajustements originaux à l'entourage. « Allport ».

Les entretiens ont été conduits selon le mode clinique, étudiant les antécédents psychiatriques familiaux, les antécédents personnels organiques et psychopathologiques.

L'étude de la personnalité a été réalisée tant par l'examen psychopathologique actuel, que par l'étude détaillée de la biographie, qui nous montrera les situations structurantes de la personnalité (enfance, famille, milieu scolaire, milieu socio-pro-

fessionnel) mais aussi et surtout les modes de réactions et d'adaptations du sujet à ces situations : cet aspect dynamique d'adaptation étant le plus important.

Le retentissement de la malformation nasale sur la personnalité a été particulièrement étudié.

2) L'examen a été complété par la passation de tests :

— Test de niveau intellectuel (Wechsler-Bellevue ou D<sub>48</sub> - Binois - Pichot).

— Inventaire multiphasique de personnalité (M. M.P.I.)

L'enquête proprement dite, porte sur 40 rhinoplasties. Mais 13 sujets seulement ont été sélectionnés, après l'examen clinique O.R.L., et orientés vers le psychologue.

Nous ne rapportons que ces treize cas.

Pour chaque observation nous avons adopté le même plan d'ensemble, distinguant :

— Une partie O.R.L. et esthétique ;

— Une partie psychologique où nous résumons les conclusions du médecin spécialiste.

Nos 13 cas sont divisés en deux groupes :

— Le Groupe I comporte 7 cas psychologiquement normaux ;

— Le Groupe II rassemble 6 observations présentant un aspect psychopathologique.

Les commentaires et l'analyse des résultats ne sont effectués qu'en fin de chapitre.

## Groupe I

### CAS N° 1

M. M... Emile ; 20 ans, appelé ; serrurier.

#### *Motivation*

Consulte pour acouphènes et tympan G. rétracté.

#### *Étiologie*

Déviations congénitales du nez.

#### *Lésions*

##### Externes :

Bosse médiane de l'arête nasale.

##### Internes :

- déviation septale G. ;
- gros cornet inférieur G. ;
- muqueuse congestive ;
- varicosité au niveau de la tache vasculaire.

#### *Intervention*

Rhinoplastie cosmétique et fonctionnelle :

Ablation de la bosse osseuse ; section des branches montantes à la scie ; mobilisation à la pince de Dufourmentel ; modelage.

#### *Résultats*

Bons résultats esthétiques malgré un élargissement discret de la racine du nez. Légère déviation septale avec éperon antéro-inférieur ; permet néanmoins une bonne perméabilité nasale.

#### *Examen psychologique*

Pas d'antécédents psychopathologiques notables, si ce n'est une mauvaise insertion scolaire puis professionnelle.

Niveau intellectuel très moyen.

L'examen clinique met en évidence une personnalité hyperémotive, très immature, mais sans phénomène de compensation de type idéaliste. Assez bonne adaptation sociale.

CAS N° 2

M. C... Lucien ; 19 ans, appelé. Employé S.N.C.F.

*Motivation*

Malade hospitalisé dans le Service de Médecine Générale pour Fiessinger Leroy Reiter. Après avoir été informé par des camarades des opérations pratiquées en O.R.L., consulte pour rhinoplastie.

*Etiologie*

Pas de notion de traumatisme nasal.

*Lésions*

Externes :

Déformation de l'arête avec bosse supérieure suivie d'une enselure au tiers inférieur.

Internes :

Obstruction de la narine G. par déviation septale. Rhinite vestibulaire bilatérale.

*Interventions*

1° Septoplastie.

2° Rhinoplastie esthétique et fonctionnelle avec suppression de la bosse et mise en place d'un greffon prélevé sur la crête iliaque droite.

*Résultats*

fonctionnels et esthétiques satisfaisants.

*Examen psychologique*

1° Niveau intellectuel en-dessous de la moyenne.

2° Personnalité immature avec sentiment d'infériorité, mais non névrotique, actuellement bien compensé par des activités de type altruiste, gratifiantes.

Très bien adapté socialement ; M.M.P.I. entièrement normal.

CAS N° 3

M. D... Jean-Pierre ; 20 ans, appelé. Menuisier.

*Motivation*

Douleur ?

Gêne fonctionnelle et surtout esthétique.

### *Etiologie*

Accident en service il y a 3 mois ; première tentative infructueuse de réduction de la fracture, puis septoplastie pour gêne respiratoire.

### *Lésions*

Epaississement du pied de cloison à G.  
Les fosses nasales sont généralement étroites.  
Epaississement du pied de cloison à G.  
Perméabilité encore assez satisfaisante.  
Nez dévié à G. dans son ensemble. Arête rectiligne.

### *Intervention*

*Rhinoplastie* : ostéotomie bilatérale des branches montantes.  
Reposition de la pyramide et modelage au doigt.

### *Résultats*

Esthétiques : bons, malgré une discrète déviation G.  
Fonctionnels : bons. Légère déviation de cloison à reprendre si une gêne fonctionnelle apparaissait.  
Psychologiques : malade satisfait du résultat.

### *Examen psychologique*

Sujet ne présentant pas d'antécédents psychopathologiques particuliers, si ce n'est une mauvaise insertion scolaire puis professionnelle, semblant due à des facteurs familiaux.  
Niveau intellectuel moyen.  
A l'examen clinique, se présente comme un sujet calme sans signes névrotiques ; mais le malade souffrait de sa déformation nasale et souhaitait une opération pour des raisons esthétiques.

### CAS N° 4

M. A... Guy ; 20 ans, appelé. Ajusteur.

### *Motivation*

Echappe à des ennuis disciplinaires.  
Gratuité des soins.  
Gêne fonctionnelle moyenne.

### *Etiologie*

Traumatisme dans l'enfance.

### *Lésions*

Fonctionnelles : gêne respiratoire par déviation de la cloison.  
Déformation nettement traumatique ancienne. Gros cornets.  
Esthétiques : nez long, un peu pointu, rectiligne de profil. Nez dévié en blos vers la G.  
Asymétrie narinaire, orifice G. plus grand.

### *Intervention*

Rhinoplastie avec reposition de cloison.

### *Résultats*

Fonctionnels et esthétiques, bons

### *Examen psychologique*

On ne note pas d'antécédents psychopathologiques particuliers.

Le niveau intellectuel est bon.

L'adaptation sociale est bonne.

Examen technique et tests : personnalité calme et équilibrée ; légère immaturité affective.

## CAS N° 5

M. M... André, 20 ans ; appelé. Commerçant.

### *Motivation*

Gêne respiratoire.

### *Étiologie*

Traumatique.

### *Lésions*

Externes : déformation en S de l'arête nasale.

Bosse nasale osseuse, haute.

Angle naso-labial = 90°.

Internes : minimes. Perméabilité nasale assez bonne.

### *Interventions*

Rhinoplastie cosmétique et fonctionnelle avec abrasion de la bosse osseuse au rabot frappé, et ostéotomie bilatérale basse à la scie de Gœlst et mobilisation à la pince de Dufourmentel.

### *Résultats*

Fonctionnels et esthétiques, bons.

Angle naso-labial plus ouvert, voisin de 105°.

### *Examen psychologique*

Antécédents : milieu familial dissocié, avec scènes fréquentes dans l'enfance.

Niveau intellectuel moyen.

L'examen clinique montre une personnalité émotive et immature, mal structurée, avec forte dépendance de la mère.

Le M.M.P.I. est normal.

CAS N° 6

M. C... Jean, 20 ans, appelé. Soudeur.

*Motivation*

Difficultés respiratoires importantes :  
« moi, question beauté, je m'en f... ! ».

*Etiologie*

Accident de la circulation.

*Lésions*

Externes : nez écrasé, élargi dans son ensemble.  
Arête peu déviée en haut vers la G., très déviée en bas vers la droite. Pointe large mais en place.  
Bosse nasale osseuse discrète.  
Petite ensellure en-dessous. Gros lobule en contraste.  
Internes : cloison déviée, complexe, en S, avec épaissement antérieur.

*Interventions*

- 1° Septoplastie.
- 2° Rhinoplastie. Libération des os propres. Régularisation de l'arête osseuse à la râpe, modelage au doigt.
- 3° Second temps de la rhinoplastie : greffe osseuse sur l'arête nasale.

*Résultats*

Fonctionnels : bons, malgré une déviation-luxation de cloison incomplètement réduite. Perméabilité suffisante.  
Esthétiques : bons. Nez assez large, mais lobule gros (congénital), arête rectiligne sans ensellure ni bosse.

*Examen psychologique*

Niveau intellectuel estimé au test de Binois-Pichot :  $QI = 97$ .  
M.M.P.I. : tracé entièrement inclus dans les limites de la normale.  
En conclusion, personnalité équilibrée. Niveaux intellectuel et culturel frustrés. Un certain degré d'immaturité affective.

CAS N° 7

M. J... Roger, 20 ans, appelé. Ajusteur.

*Motivation*

Est hospitalisé pour rhinoplastie cosmétique et fonctionnelle à la suite d'une consultation pour pharyngo-laryngite.

### *Etiologie*

Traumatisme nasal à l'âge de 12 ans.

### *Lésions*

Externe : bosse de la base de l'arête. Déviation vers la D. de l'arête.

Interne :: déviation G. de la cloison ; perméabilité G. nulle.

### *Interventions*

1° Premier temps de rhinoplastie : reposition de la cloison et exérèse de la bosse.

2° Retouche de rhinoplastie.

### *Résultats*

Très bonne perméabilité nasale.

Nez en position correcte, mais l'arête est un peu plate.

### *Examen psychologique*

On note dans les antécédents psychopathologiques une énurésie jusqu'à 8 ans.

Le niveau intellectuel est moyen (C.E.P.).

Bonne adaptation socio-professionnelle.

L'examen clinique montre une personnalité non névrotique, bien adaptée socialement, un peu immature cependant.

## Groupe II

CAS N° 1

M. F., Francis, 20 ans, appelé. Chaudronnier.

### *Motivation*

Troubles fonctionnels et préjudice esthétique.

### *Etiologie*

Traumatisme dans l'enfance.

### *Lésions*

Externes :

Déviation de l'ensemble de la pyramide à D.

Arête nasale de face en S allongé.

Enfoncement de l'os propre à G., luxation externe à D.

Nez busqué, régulier ; pointe fine un peu tombante.

Angle naso-labial =  $90^\circ$ .

Internes :

Fosses nasales étroites et gêne respiratoire.

### *Interventions*

1° Reposition de cloison.

2° Rhinoplastie.

### *Résultats*

Fonctionnels : anatomiquement, très bons.

Excellente perméabilité nasale ; persistance d'une respiration buccale intermittente par mauvaise habitude respiratoire.

Esthétiques : bons ; nez en place et droit. Arête nasale rectiligne.

Pointe remontée. Profil de type grec.

### *Examen psychologique*

Antécédents : néant.

1° Niveau intellectuel en-dessous de la moyenne.  $QI = 95$ .

M.M.P.I. : test non valide (échelle F supérieure à 70).

Différence F-K égale à 11, traduisant une falsification de l'épreuve, de la part du sujet, dans un sens pathologique. Niveau scolaire faible, pas de C.E.P. ni C.A.P.

2° Conclusion. — L'examen clinique et les tests sont en faveur d'une personnalité psychopathique chez un sujet au niveau intellectuel limité.

CAS N° 2

M. M... Claude, 22 ans, appelé, diplômé d'une école d'agriculture.

*Motivation*

Gêne respiratoire.

Veut « relever un peu la pointe du nez pour mieux respirer ; ce n'est pas une question d'esthétique ».

*Etiologie*

Traumatisme de la face.

*Lésions*

A) Nez un peu long, pointu.

Angle naso-labial fermé (85°).

Nez légèrement dévié à droite.

Bosse osseuse.

B) Gêne respiratoire par déviation de la cloison.

*Interventions*

1° Septoplastie.

2° Rhinoplastie.

*Résultats*

Fonctionnels, bons.

Esthétiques : disparition subtotale de la bosse (à ne pas faire disparaître « trop » sur ce nez long).

Pointe un peu tombante sur un nez long, difficile à retoucher en raison de la forme générale du visage et du menton.

*Examen psychologique*

Antécédents et biographie: rien à signaler.

Niveau intellectuel, QI = 110.

On note des traits de caractère névrotique, confirmé par le M.M.P.I.

L'adaptation sociale est médiocre.

CAS N° 3

M. C... André, 19 ans, appelé. Boulanger-pâtissier.

*Motivation*

Le sujet découvre la rhinoplastie esthétique au cours d'une hospitalisation O.R.L. pour amygdalectomie.

Très heureux de se soumettre à l'intervention. Il semble surtout gêné depuis le début du service militaire.

Surnommé dans son unité « Croquignol ».

### *Etiologie*

Aucun trauma connu, « nez congénital ».

### *Lésions*

Très légère déviation G. de la cloison.

Gêne fonctionnelle peu appréciable.

Lésions externes énormes :

Nez dans l'axe mais très long, étroit, à pointe tombante.

Angle naso-labial fermé.

Bosse nasale ostéo-cartilagineuse importante.

Lésions sociales : certaines. (Voir l'avis du psychologue).

### *Intervention*

Rhinoplastie.

Ablation de la bosse à la scie de Gœlst, au rabot et à la râpe.

Résection cunéiforme du bord antérieur du cartilage quadrangulaire ; résection du bord antérieur des deux cartilages triangulaires sur 3 mm. Résection de 2 mm du plan muqueux le long de l'incision transfixiante. Après modelage au doigt, suture des incisions au catgut fin et mise en place d'un point transfixiant à la soie, fixant la cloison aux alaires et relevant la pointe du nez.

### *Résultats*

Fonctionnels : bons.

Esthétiques : très grand changement de l'aspect général du visage. Nez droit ; pointe remontée, plutôt large.

Résultats psychologiques immédiats très satisfaisants.

### *Examen psychologique*

Antécédents : nombreux antécédents psychopathologiques, énu-résie, frayeurs nocturnes, crises de nerf...

Examen clinique : niveau intellectuel moyen.

L'examen clinique met en évidence une personnalité névrotique mineure, confirmée par le M.M.P.I.

L'adaptation socio-professionnelle est bonne ; bonne insertion au groupe social, mais avec des moments d'instabilité et d'impulsivité.

### CAS N° 4

M. F... Michel, 20 ans, appelé. Grutier.

### *Motivation*

Gêne respiratoire importante.

### *Etiologie*

Trois accidents de la circulation avec lésions crânio-faciales et plusieurs hospitalisations dont le sujet semble fier.

### *Lésions*

Obstruction nasale importante.

Synéchie de la fosse nasale D. Perméabilité nulle.

Déviation postérieure G. de la cloison.

Lésions esthétiques : nez moyen, très saillant sur une face large, plate asymétrique.

Forte déviation de la pyramide à D. Nez couché.

Columelle penchée à D.

### *Interventions*

1° Rhinoplastie. Ostéotomie des deux branches montantes à la scie de Jose ; mobilisation du squelette à la pince de Dufourmentel. Reposition forcée de la cloison au spéculum de Killian.

2° Retouche de rhinoplastie. Plastie en Z de la base de la columelle. Déplacement de celle-ci vers la gauche. Suture à la soie. Ceci améliore la symétrie des orifices narinaux.

### *Résultats*

Fonctionnels : bons.

Esthétiques : amélioration importante malgré une mise dans l'axe relative (mais asymétrie faciale).

Psychologiques : malade très satisfait du gain esthétique, alors qu'il semblait ne pas attacher d'importance à la déformation auparavant ; un peu hésitant pour le premier temps opératoire, immédiatement d'accord pour le second.

### *Examen psychologique*

1° Niveau intellectuel médiocre.

2° L'examen clinique est en faveur d'une personnalité psychopathique impulsive ; forte immaturité affective.

On ne note pas de délinquance, mais de nombreux tatouages. L'insertion socio-professionnelle est médiocre.

### CAS N° 5

M. S... Hubert, 21 ans, appelé. Agent de finances.

### *Motivation*

Consulte, envoyé par le médecin du corps, pour gêne respiratoire.

### *Étiologie*

Incertaine.

### *Lésions*

Déformations des ailes du nez par chevauchement des cartilages alaires (crus latérale) sur le bord antérieur des cartilages triangulaires. Aucun trouble fonctionnel.

### *Intervention*

Rhinoplastie. Sous anesthésie locale, incision à 1 mm en dedans du rebord narinaire à D. et à G. Dégagement de la crus latéralis refoulée en haut et en arrière. Remise en place et amarrage antérieur par deux points de catgut fin. Incision cutanée, verticale médiane sur la columelle. Rapprochement des deux crus médiales par un catgut fin. Suture des incisions.

### *Résultats*

Satisfaisants; amincissement des ailes, mais peut-être moins net à gauche.

### *Examen psychologique*

Antécédents : nervosité ; irritabilité.

Niveau intellectuel bon (a le B.E.P.C.).

L'examen clinique est en faveur d'une personnalité névrotique caractérisée par des troubles du sommeil, de l'anxiété flottante, une forte rétention des affects avec rumination. On note une forte immaturité affective et des traits narcissiques. Le patient semble peu préoccupé par sa déformation nasale.

### CAS N° 6

M. P... Robert, 20 ans, appelé. Peintre.

### *Motivation*

Hospitalisé pour obstruction nasale ancienne liée à une déviation septale avec rhinite.

### *Etiologie*

Traumatisme de la pyramide nasale.

### *Lésions*

Externes :

Déviation de l'arête dorsale vers la G.

Internes :

Pied de cloison à G.

Cornets inférieurs hypertrophiés.

Déviation septale.

### *Intervention*

Rhinoplastie.

### *Résultats*

Bons résultats fonctionnels.

### *Examen psychologique*

Antécédents : enfant timide, craintif, mal accepté par ses camarades ; en a beaucoup souffert.

Niveau intellectuel bon.

L'examen clinique met en lumière une personnalité névrotique introvertie avec des traits de caractères psychosthéniques.

Constitution hyperémotive. Sentiment d'infériorité depuis l'enfance.

A beaucoup souffert de sa déformation nasale, qui était un sujet de moquerie de la part de ses camarades.

## ANALYSE DES RESULTATS ET CONCLUSIONS DU CHAPITRE

En suivant le plan de nos observations nous retiendrons plus précisément :

### 1) *La Motivation*, distinguant :

a) La motivation esthétique avouée, 2 cas.

b) La motivation fonctionnelle, essentiellement la gêne respiratoire, 7 cas.

c) Autres motivations, 4 cas (information directe du malade par nos soins, ou indirectement par des camarades), motivations à la fois esthétiques et fonctionnelles.

### 2) *L'Étiologie*.

Dans les deux groupes nous relevons les étiologies :

— Traumatique, 9 cas.

— Congénitale, 2 cas.

— Inconnue, 2 cas.

### 3) *Les résultats* des interventions sur les plans :

— Fonctionnel

Bon, 12 cas.

Moyen, 1 cas.

Médiocre, 0 cas.

— Esthétique

Bon, 11 cas.

Moyen, 2 cas.

Médiocre, 0 cas.

— Psychologique, 100 % de satisfactions post-opératoires.

#### 4) *L'examen psychologique montre :*

— Dans le Groupe I : 6 personnalités immatures sur 7 cas. Mais aucune signification psychopathologique ne peut être attribuée à ces 6 cas. L'immaturité dont font preuve ces sujets est en rapport avec leur jeune âge.

— Dans le Groupe II : 2 personnalités psychopathiques et 4 névrotiques, ne représentant que des formes cliniques mineures.

#### **En conclusion**

1) La motivation esthétique en milieu militaire est l'exception, du fait du manque d'information de nos sujets sur les possibilités chirurgicales qu'offre le Service de Santé.

En effet, dès que les candidats à la rhinoplastie sont informés, soit par nos soins (cas 3, Groupe II et cas 1 et 7, Groupe I), soit indirectement par des camarades (cas 2, Groupe I), ils acceptent avec empressement l'intervention proposée, d'autant plus facilement qu'elle est gratuite.

Dans la majorité des cas, la gêne fonctionnelle respiratoire le plus souvent confirmée, représente la motivation essentielle, du moins avouée.

2) Cela n'est pas pour nous étonner : cette motivation est sous la dépendance d'une *étiologie traumatique*.

3) Les résultats chirurgicaux, tant fonctionnels qu'esthétiques, sont bons dans l'ensemble.

4) Quant aux problèmes psychologiques posés par les rhinoplasties en milieu militaire, on peut dire qu'ils n'existent pas :

6 anomalies psychologiques sur 13 cas, le chiffre peut paraître important.

En réalité, il ne faut pas oublier que nos sujets ont été sélectionnés parmi 40 candidats à la rhinoplastie, que d'autre part ces anomalies sont constitutionnelles souvent et sans aucun rapport avec l'état esthétique de nos malades. Certes, on peut affirmer que deux de nos malades, le cas 3 du Groupe I et le cas 3 du Groupe II, ont souffert de leur préjudice esthétique nasal (l'un était appelé Croquignol dans son unité), mais pas

au point de présenter de graves troubles psychologiques et surtout pas au point de contre-indiquer l'acte chirurgical.

Le manque d'anomalies psychologiques chez nos sujets, par rapport aux statistiques anglo-saxonnes, s'explique par le fait que nous travaillons sur un terrain sain peu varié et sélectionné au départ, qui ne peut présenter de grands anormaux psychiques ; d'autre part, l'étiologie traumatique, récente ou ancienne, de nos rhinoplasties, dispose sans doute moins au retentissement psychologique de la déformation nasale que l'étiologie congénitale.

5) Notre étude psychologique a permis de découvrir deux psychopathes et quatre névropathes mineurs, dont l'état psychologique est tout à fait indépendant de leur problème esthétique.

Ces sujets sont passés volontairement ou involontairement à travers les mailles de la sélection militaire ; de toute façon, leurs anomalies psychologiques ne sont pas incompatibles avec le service militaire et ils ne représentent qu'une découverte fortuite.

6) Cet état psychologique sain dans l'ensemble explique que nous ayons 100 % de bons résultats psychologiques post-opératoires.

Tous nos sujets sont satisfaits de leur rhinoplastie. Il n'existe pas de revendication.



## CONCLUSIONS GENERALES

Dans un premier chapitre nous avons analysé les travaux antérieurs consacrés aux problèmes psychologiques posés par les rhinoplasties, soulignant la méfiance des auteurs américains à l'égard des candidats à la rhinoplastie et à la chirurgie esthétique en général.

Nous avons été conduits, dans un deuxième chapitre, à opposer d'une part l'aspect de la population américaine, vaste, hétérogène, mieux informée des problèmes esthétiques, imprégnée de psychanalyse, d'autre part le milieu militaire actuel sur lequel porte notre étude, mal informé, sélectionné, sans grand anormaux psychiques, homogène, favorable à la révélation des tares esthétiques et psychologiques.

Dans un troisième chapitre enfin, nous avons présenté notre enquête portant sur 13 sujets choisis parmi 40 rhinoplasties et présentés à un médecin spécialiste de psychologie clinique.

Notre étude se termine sur les conclusions suivantes :

1) Il n'existe pas de problèmes psychologiques posés par les rhinoplasties en milieu militaire.

2) Les anomalies psychologiques découvertes parmi nos candidats à la rhinoplastie sont sans rapport avec leurs problèmes esthétiques.

3) Il n'y a pas d'esthétique mineure.

Maître d'une spécialité chirurgicale comportant peu de risques, le rhinoplasticien doit s'efforcer de concilier des buts esthétiques, psychologiques et fonctionnels. Ainsi la rhinoplastie réalise-t-elle une finalité harmonieuse.

4) La collaboration du psychologue et du chirurgien plasticien est rarement nécessaire en milieu militaire, sauf cas particuliers.

5) L'évolution psycho-sociologique actuelle amène à envisager un certain « droit à l'esthétique » que ne connaissaient pas les générations précédentes.

Contrairement à ce que pense l'opinion publique, la rhinoplastie n'est plus une chirurgie de luxe réservée aux vedettes et aux grands de ce monde.

*Vu :*

*Le Doyen,*

J.-F. CIER

*Vu :*

*Le Président de la Thèse,*

P. MOUNIER-KUHN.

*Vu et permis d'imprimer :* Lyon, le 25 Septembre 1964

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

P. LOUIS

## BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (F.). — La médecine psychosomatique, ses principes, ses applications. Payot, Paris.
- BAKER and SMITH. — Facial disfigurement and personality. *J.A.M.A.*, 112, 301, 1939.
- BENDORFER (A.). — Plastic Surgery physiognomy and psychoanalysis. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 4, 453-457, 1949.
- BENEVANT (R.). — Les méthodes de rhinoplasties restauratrices. Conf. Val-de-Grâce, 1959.
- CORMAN. — Quinze leçons de morphopsychologie, 1937.
- COUCH (J.H.). — Psychology of Reconstructive Surgery. *J. Canad. M.A.*, 59, July 1948.
- CRESPO (E.P.). — Sentimiento y Complejo de inferioridad en la cirugía plastica. *Anales de Cirurgia*, Rosario, Argentina. T. 9, 43-51, 1943.
- EDGERTON (M.T.), JACOBSON (W.E.), MEYER (E.). — Etude chirurgico-psychiatrique des sujets réclamant la chirurgie esthétique ; à propos de 98 observations. *British Journal of Plastic Surgery*, 136-145, juillet 1960.
- FOMAN (S.), SILVER (A.G.), SCHATZ (J.). — Rhinoplastic analysis, Ear, Nose and Throat Monthley. 24, 19, 1945.
- FRIBOURG, BLANC et GAUTHIER. — Pratique psychiatrique dans l'armée. 1935.
- GOST. — Recherches à partir de l'anatomie artistique des critères destinés à guider le chirurgien dans les interventions plastiques de la face. *Annales de chirurgie plastique*, T. 7 ; C.P. 39-47, 1962.
- GIRARD (V.). — Problèmes psychologiques de l'adaptation de l'homme au milieu militaire. *Le Médecin de Réserve*, 35-53, 1959.
- HILL and GILBERT. — Psychodynamic and esthetic motivations for plastic surgery. *Psychomatic Medecine*, 345, Nov. 1950.
- IZQUIERDO (Alexianne). — De quelques aspects sociaux, psychologiques et psychiatriques de la chirurgie esthétique. *Thèse Méd.* Bordeaux, 1957.

- JOSEPH. — Nasenplastik und sonstige. *Gesichts Plastic*, 1931.
- JACOBSON, MEYER, EDGERSON. — Screening of rhinoplasty patient from the psychologic point of view. *Plastic and reconstructive Surgery*, Baltimore, 279-281, Sept. 1961.
- LINN and GOLDMAN. — Psychiatric observations concerning rhinoplasty. *Psychosomatic Medicine*, T. II, 307, 1949.
- LEVIGNAC (J.). — Inquiétudes sur la chirurgie plastique du nez. *Le Concours Médical*, 80, 2689-2693, mai 1958.
- MAC GREGOR. — Some psycho-social problems associated with facial deformities. *Am. Sociological Rev.*, 16, 629-638, Oct. 1951.
- MAC GREGOR and SCHAFFNER. — Screening patient for nasal plastic operations. *Psychosomatic Med.*, 12, 277-291, 1950.
- MACKENSIE. — Facial deformities and change in personality following corrective surgery. *North West Med.*, 43, 230-231. Aug. 1944.
- MACLELLAND. — Minor plastic surgery and its relations to inferiority complexes. *Med. Rev.*, 146-149, 1937.
- MOREL FATIO. — Problèmes psychologiques et morphologiques de la chirurgie esthétique de la face. *Annales d'Otolaryngologie*, 78, 658-669, oct.-nov. 1961.
- PALMER and BLANTON. — *Arch. Otolaryng.*, 56, 148, 1952.
- PAZAT P. — Réflexions sur 70 traumatismes du nez traités chirurgicalement. *Soc. Sciences Médic Moselle*, 1963.
- La chirurgie septale. Conf. Val-de-Grâce, 1958.
- REICH. — La sélection des malades pour la rhinoplastie. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, 481-483, 1958.
- ROBIN. — Intérêt d'un test caractérologique pré-opératoire pour la chirurgie correctrice du nez. *Revue de laryngo-oto-rhinologie*, 770-772, 1958.
- REVILLET. — Le nez chez les idiots. *Thèse* 1892.
- STERN, LARIVIÈRE, FOURNIER. — Aspects psychiatriques de la chirurgie esthétique du nez. *The Canadian Medical Association Journal*, 76, 469-472, mars 1957.
- TOULEMONDE. — La caractérologie, tempérament, caractères, typologie. Payot, Paris.
- UPDEGRAFF and MENNINGER. — Some psychoanalytic Aspect of the plastic surgery. 25, 554-558, Sept. 1934.



